

<i>Bron:</i> B.C.J. van Velthoven (2008), 'Van de redactie. Over medische fouten en hun afhandeling', <i>Recht der Werkelijkheid</i> , vol. 29, nr. 2, pp. 1-6.
---

## Van de redactie

Medische fouten en hun afhandeling staan tegenwoordig met enige regelmaat in de maatschappelijke aandacht. Zo bracht Stichting De Ombudsman op 19 mei j.l. een rapport uit over de problemen in de afhandeling van medische letselschadezaken.<sup>1</sup> Op 17 juni verscheen op initiatief van de Orde van Medisch Specialisten een rapport over de oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen.<sup>2</sup> En de Volkskrant citeerde op 26 juli nog ongepubliceerde gegevens van Medirisk waaruit zou blijken dat ziekenhuizen in 2007 minder fouten waren gaan maken. Deze publicaties roepen intrigerende vragen op over oorzaak en gevolg.

Is het misschien zo dat de medische stand van zijn voetstuk is gehaald door een mondig geworden samenleving en door een om zich heen grijpende claimcultuur gedwongen wordt om daadwerkelijk stappen te ondernemen tegen fouten in de beroepsuitoefening? Dat zou betekenen dat recht en rechtspleging in deze een buitengewoon nuttige, preventieve maatschappelijke rol spelen. Of ligt het anders, minder positief? Is er een claimcultuur ontstaan naar - verondersteld - Amerikaans voorbeeld? En levert die claimcultuur voor zorgverleners die in het kader van de beroepsethiek zonder meer al het heil van de patiënt voorop hebben staan, alleen maar extra administratieve belasting op, die ten koste gaat van de eigenlijke werktijd? Laten we eens kijken wat de verschillende wetenschappelijke disciplines ter beantwoording van deze vragen in de aanbieding hebben.

Van belang zijn allereerst de aantallen.

In zijn proefschrift uit 1993 heeft de rechtssocioloog Verkruijsen via een aselechte steekproef ervaringen met medische zorgverleners in kaart gebracht.<sup>3</sup> Zijn respondenten bleken ontevreden over 22,3% van hun contacten. In 39% van de gevallen van ontevredenheid was volgens Verkruijsen tevens sprake van een 'fout vanuit de optiek van het medisch tuchtrecht'. Daarvan zou zo'n 50% tot een veroordeling hebben kunnen leiden, wanneer deze gevallen daadwerkelijk voor het tuchtcollege waren gebracht. Uitgaande van het CBS-cijfer van gemiddeld 9,1 contacten met medische zorgverleners per persoon per jaar zou dat betekenen dat er in heel Nederland jaarlijks ruim 6 miljoen inbreuken op de medische beroepsnormen worden gemaakt. Daarbij tekent Verkruijsen aan dat het getal enerzijds een onderschatting is, omdat er ook fouten gemaakt worden bij contacten waarover patiënten geen ontevredenheid uiten. Anderzijds varieert de aard van de fouten; 10% kan volgens hem ernstig worden genoemd.

Behalve deze op de subjectieve beleving van patiënten gebaseerde becijfering zijn er ook andere manieren denkbaar om het probleem in kaart te brengen. Zo is vorig jaar op verzoek van de Orde van Medisch Specialisten voor het eerst een systematisch landelijk dossieronderzoek uitgevoerd naar patiëntveiligheid in ziekenhuizen.<sup>4</sup> Daaruit kon via extrapolatie worden afgeleid dat 2,3% van de meer dan 1,3 miljoen patiënten die in 2004 in het ziekenhuis werden opgenomen, ofwel zo'n 30.000 personen, te maken kreeg met vermijdbare schade. Dat wil zeggen: onbedoelde schade die mede is ontstaan door het (niet) handelen volgens de professionele standaard van een zorgverlener en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem. Niet alle schade is even ernstig. Bij een kwart is de gezondheidsbeperking reeds verdwenen bij ontslag uit het ziekenhuis, en bij nog eens een helft binnen een maand na het ontslag. Bij 6.000 personen is de schade echter

blijvend, waaronder 1.735 sterfgevallen die waarschijnlijk voorkómen hadden kunnen worden.

Deze dossierstudie is onlangs gevolgd door het eerste systematische onderzoek van onbedoelde gebeurtenissen in ziekenhuizen.<sup>5</sup> Aan medewerkers van 30 afdelingen is gevraagd om gedurende 2 maanden melding te maken van alle grote en minder grote incidenten. De inventarisatie leverde ruim 2.000 incidenten op, waarvan 60% de patiënt bereikten. Vaak bleef het gevolg voor de patiënt beperkt tot ongemak, suboptimale zorg of extra verrichtingen, in 23% van de gevallen was echter sprake van pijn, fysiek letsel, mentale schade of langer verblijf in het ziekenhuis. Een vergelijking met medische dossiers leerde vervolgens dat daaruit met name tekortkomingen in het medisch handelen door artsen naar voren kwamen, terwijl de incidentmeldingen vooral betrekking hadden op het handelen van verpleegkundigen. De genoemde onderzoeken van dossiers en incidentmeldingen lijken elkaar dus aan te vullen en nauwelijks overlap te vertonen.

Overzien we tot slot de getallen, dan resulteert een diffuus beeld van gebrekkig handelen en vermijdbare schade in de gezondheidszorg. Enerzijds is er een relatief ‘harde’ schatting van 30.000 gevallen van vermijdbare schade per jaar. Maar dat getal vormt in ieder geval een aanzienlijke onderschatting. Immers, een onbekend deel van de schadegevallen binnen de ziekenhuizen blijkt er niet in verdisconteerd te zijn. En er worden ook buiten de ziekenhuizen medische fouten gemaakt, denk aan huisartsen, tandartsen, verloskundigen of fysiotherapeuten. Anderzijds is er een behoorlijk ‘zachte’ schatting van 6 miljoen inbreuken op de medische beroepsnormen, waarvan 10% ernstig zou zijn. Dat betekent dat we linksom of rechtsom voor gevallen van schade als gevolg van onzorgvuldig handelen lijken uit te komen op een getal met 5 nullen. Voor een preciezer cijfer ontbreken vooralsnog de gegevens.

Wat doen al die patiënten vervolgens met hun onvrede en hun schade?

Verkruisen heeft in 1993 laten zien dat ontevreden patiënten op verschillende manieren in actie komen.<sup>6</sup> Met name bespreken ze hun probleem met de persoon in kwestie of met een andere zorgverlener. Maar vrijwel altijd staat daarin het alsnog verkrijgen van goede medische zorg centraal, en niet het hoe en waarom van de gemaakte fouten. Bij de keuze van hun acties nemen patiënten liever geen risico ten aanzien van hun gezondheid: *in dubio abstine*. In geen enkel van de 194 door hem nader onderzochte gevallen van onvrede volgde dan ook een gang naar het tuchtcollège of de rechter.

Sindsdien is het aantal adressen waar mensen met klachten en claims terecht kunnen, verder gegroeid. Na de inwerkingtreding van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector in 1995 hebben de ziekenhuizen, behalve de officiële klachtencommissies, ook nog andere laagdrempelige klachtmogelijkheden gecreëerd (klachtenfunctionaris, ombudsman/vrouw, patiëntenbureau etc.). Verder heeft de in 1996 als experiment opgezette Geschillencommissie Ziekenhuizen in 2001 een definitieve status gekregen. Dit jaar volgt een uitbreiding tot Geschillencommissie Zorginstellingen. Daarnaast is nog de start voorzien van een afzonderlijke Geschillencommissie voor Zelfstandige Klinieken.

Een kleine inventarisatie van de beschikbare gegevens anno nu leert het volgende. Bij de officiële klachtencommissies van de ziekenhuizen komen per jaar zo’n 1.750 klachten binnen. De indieners zijn zelden uit op een financiële vergoeding, maar willen dat er iets verandert. Precies dat echter gebeurt niet, ook al wordt 60% van de klachten geheel of deels gegrond verklaard. Althans, de betrokken ziekenhuisdirecties en zorgverleners laten daar tegenover de klagers maar weinig van

blijken. Bij de regionale tuchtcolleges worden jaarlijks zo'n 1.400 klachten ingediend. Hoger beroep bij het Centraal Tuchtcollege volgt in zo'n 370 zaken. Het grootste deel van de klachten wordt ongegrond verklaard. Van alle klachten leidt uiteindelijk slechts 18% tot een maatregel, meestal een waarschuwing (12%), soms een berisping (4%), incidenteel een schorsing of doorhaling van de inschrijving in het register (2%). Klachten kunnen ook worden voorgelegd aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dat gebeurt zo'n 1.000 keer per jaar. De inspectie neemt in principe weliswaar geen individuele klachten in behandeling. Maar ze kunnen, als ze lijken te wijzen op een structureel probleem, wel de aanzet geven tot eigen onderzoek van de inspectie.<sup>7</sup>

Met een schadeclaim, ten slotte, kan men direct naar de betrokken zorgverlener of instelling. Maar men kan deze ook voorleggen aan de Geschillencommissie Ziekenhuizen (indien het financiële belang niet meer dan €5.000 bedraagt) of aan de civiele rechter. Voor een totaaloverzicht van de schadeclaims kunnen we het beste terecht bij de administratie van de verzekeraars. Nu vormen die bij medische aansprakelijkheid een geval apart, omdat de bekende commerciële verzekeraars zich uit deze markt hebben teruggetrokken. Wel actief zijn MediRisk, VVAA en CentraMed, zogenoemde onderlingen die door de zorgverleners en ziekenhuizen zelf in het leven zijn geroepen. Helaas zijn alleen van MediRisk, een organisatie die 70% van de algemene ziekenhuizen dekt, wat cijfers bekend.<sup>8</sup> Deze verzekeraar behandelt jaarlijks zo'n 500 zaken. De tijdsduur gemoeid met de afwikkeling van een schadeclaim is gemiddeld 33 maanden. Uiteindelijk wordt bij 70% van de ingediende claims aansprakelijkheid afgewezen, bij 33% (inclusief coulance) volgt een uitbetaling. De totale schadelast kan worden geschat op €3 miljoen per jaar.

Samenvattend blijkt er een indrukwekkende lijst van adressen en instanties te zijn waar mensen hun klachten en claims kunnen deponeren. Mogelijkheden te over. De aantallen klachten en claims vallen echter, althans in verhouding tot het aantal gevallen van schade als gevolg van onzorgvuldig handelen, reuze mee. Van een uit de hand gelopen claimcultuur lijkt dan ook geen sprake.

Daarbij moet wel worden aangetekend dat een substantieel deel van alle klachten en claims (afhankelijk van de instantie 40% tot 80%) wordt afgewezen. Voor een deel zal het daarbij gaan om querulanten en zeuren; voor een deel zijn de betrokkenen niet goed op de hoogte geweest van de beperkte taakstelling van de instantie in kwestie; voor een deel zijn het mensen die door zorgverlener en instelling te weinig zijn geïnformeerd over de risico's van hun behandeling en die alsnog te weten proberen te komen wat er is gebeurd; en voor een deel zijn het mensen die onvoldoende in staat zijn gebleken de gemaakte fouten te bewijzen en daarom worden afgescheept door tuchtcollege en/of verzekeraar. Als we de laatste categorie even buiten beschouwing laten, gaat het steeds om zogenoemde 'vals positieven', mensen die in actie komen terwijl er feitelijk niets aan de hand is. In absoluut aantal vormen deze 'vals positieven' een flinke groep. Relatief echter, in verhouding tot het aantal medische contacten en behandelingen, is de groep klein. Vervelend, daar niet van, maar waarschijnlijk het eenvoudigste te reduceren door betere informatie tijdens de medische behandeling zelf.

De 'vals positieven' hebben een spiegelbeeld in de vorm van 'vals negatieven', patiënten bij wie wel iets mis is gegaan en die geen werk maken van de schade. Afgaande op de cijfers in het voorgaande is deze groep in verhouding juist buitengewoon omvangrijk. Immers, in vergelijking met het aantal schadegevallen als gevolg van onzorgvuldig handelen komt het aantal mensen dat terecht een officiële klacht of claim indient, niet boven de 2% uit. En ook de totale aansprakelijkheidslast van een paar miljoen euro is nou niet bepaald dramatisch hoog, wanneer we die

afzetten tegen de 6.000 personen (inclusief 1.735 sterfgevallen) met vermijdbare, blijvende schade.

Kortom, de beschikbare cijfers geven geen 100% volledig beeld, maar ze suggereren in ieder geval dat als we ons al zorg moeten maken over de claimcultuur, dat eerder is omdat er te weinig dan te veel wordt geclaimd.

Die conclusie behoeft nog enige verdere overdenking. Volgens de rechtseconoom Shavell<sup>9</sup> namelijk vallen de private prikkel om te claimen en de maatschappelijke wenselijkheid niet altijd samen. Zo hoeft degene die claimt, in het algemeen maar een deel van de kosten van de procedure te dragen; de rest komt voor rekening van de tegenpartij en de overheid. Daardoor zal een klager vanuit maatschappelijk oogpunt mogelijk te snel geneigd zijn om met een procedure te beginnen. Daar staat tegenover dat een klager vooral oog zal hebben voor de eigen wensen (erkenning/excuses, schadevergoeding), en maar weinig voor de eventuele preventieve werking in de richting van toekomstige andere gevallen. Als die preventieve werking substantieel is, is er grote kans dat de benadeelden vanuit maatschappelijk oogpunt juist te weinig in actie komen.

Dat brengt mij bij de slotvraag: dienen alle mogelijkheden om te klagen en te claimen voor iets anders dan voor het kanaliseren en onschadelijk maken van onvrede, anders gezegd: wordt de gezondheidszorg er beter van? Die vraag bestaat uit twee deelvragen. Ten eerste, is er ruimte voor verbetering? Immers, het maken van fouten is nu eenmaal menselijk en tot op zekere hoogte onvermijdelijk bij gecompliceerde handelingen in een gecompliceerde werkomgeving. Ten tweede, in hoeverre reageren zorgverleners eigenlijk op gegrond verklaarde klachten en claims? Het is gezien het voorgaande immers niet ondenkbaar dat de kans op en de zwaarte van een sanctie in de praktijk zodanig gering zijn dat het effect verwaarloosbaar is. Maar het is evenzeer mogelijk dat de belasting van de afhandeling van de klachten en claims en de signaalwerking binnen de eigen beroepsgroep en werkomgeving er toch voor zorgen dat zorgverleners zich alsnog conformeren aan de beroepsnormen van medisch zorgvuldig handelen. Het is zelfs denkbaar dat zorgverleners overgaan tot feitelijk onnodige diagnostiek en/of afzien van bepaalde risicovolle behandelingen met als enige doel mogelijke klachten en claims achteraf de pas af te snijden ('defensive medicine').

Wat betreft de eerste deelvraag lijken de medisch deskundigen aan te geven dat het antwoord bevestigend is.<sup>10</sup> Voor het antwoord op de tweede deelvraag kunnen we, voor zover mij bekend, alleen terecht bij een reeks Amerikaanse studies.<sup>11</sup> Het geval wil dat zorgverleners in de VS in de jaren 70 en 80 te maken hebben gekregen met sterk oplopende kosten van medische aansprakelijkheid vanwege een stijging van het aantal claims en van de toegekende bedragen. In reactie daarop heeft een groot aantal staten sindsdien hervormingen doorgevoerd die de omvang van de aansprakelijkheid weer moesten inperken (bijvoorbeeld door de vergoeding van immateriële schade aan een maximum te binden). De resulterende variatie in de aansprakelijkheidslast in de tijd en tussen de staten biedt een uitgelezen kans voor vergelijkend empirisch onderzoek. Interessant is dat verschillende studies laten zien dat de zorgverleners inderdaad reageren op wijzigingen in de aansprakelijkheidslast. Het aanbod van zorgverleners past zich aan; en er is ook een effect zichtbaar op de keuze van de behandeling bij bevallingen en bij hartinfarcten. Maar evenzeer interessant is dat de onderzoekers die vervolgens naar de gezondheid van de patiënten kijken, geen duidelijke effecten kunnen vinden. Het debat over de betekenis van de bevindingen duurt dan ook onverminderd voort.<sup>12</sup>

Al met al staat er voor Nederland nog een hele reeks vragen open. Kan de omvang van het probleem nader worden afgebakend? In welke mate wordt er nu precies geklaagd en geclaimd, waarom zo weinig/zo veel, en met welk resultaat? Hoe groot is de last van de medische aansprakelijkheid voor de zorgverleners in verhouding tot de omvang van de vermijdbare schade? Is het niet gewenst dat de medische aansprakelijkheidsverzekering uit zijn isolement wordt gehaald, en de verzekeraars tot een coöperatievier houding gedwongen? Heeft het mogelijk zin de lappendeken van instanties op te schudden en te stroomlijnen? Wat zou er bijvoorbeeld gebeuren als de klachtencommissies en de tuchtcolleges worden afgeschaft en de Inspectie voor de Gezondheidszorg ook bij de afhandeling van individuele klachten een centrale rol krijgt toebedeeld, met de rechter als toets op de achterhand? Enzovoort.

Prachtig terrein voor empirisch onderzoek, lijkt mij, waaraan diverse disciplines hun bijdrage kunnen leveren. En maatschappelijk hogelijk relevant. Kortom, een mooi thema voor wie zich bezighoudt met de sociaal-wetenschappelijke bestudering van het recht.

Ben van Velthoven

<sup>1</sup> Stichting De Ombudsman, *Over leven in de medische letselschadepraktijk. Een onderzoek naar de positie van de patiënt en de rol van de ketenpartners tijdens de afhandeling van een medische letselschadezaak*, Hilversum, 2008.

<sup>2</sup> C. Wagner et al., *Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen. Een systematische analyse met Prisma op afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH), chirurgie en interne geneeskunde*, EMGO Instituut/NIVEL, Amsterdam/Utrecht, 2008.

<sup>3</sup> W.G. Verkruijsen, *Dissatisfied patients: their experiences, interpretations and actions*, dissertatie Groningen, 1993, hoofdstuk 5.

<sup>4</sup> M.C. de Bruijne et al., *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004*, EMGO Instituut/Nivel, Amsterdam/ Utrecht, 2007.

<sup>5</sup> Zie het in noot 2 genoemde rapport.

<sup>6</sup> Zie het in noot 3 genoemde proefschrift.

<sup>7</sup> De gegevens in deze alinea zijn ontleend aan: E.M. Sluijs et al., *WKCZ klachtbehandeling in ziekenhuizen: verwachtingen en ervaringen van patiënten*, ZonMw, Den Haag, 2004; F.A.G. Hout et al., "Tuchtrechtspraak voor de gezondheidszorg in Nederland; 1983-2002", *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, jrg. 151, 2007, pp. 881-886; Tuchtcolleges voor de gezondheidszorg, *Jaarverslag 2007* en Inspectie voor de gezondheidszorg, *Jaarbericht 2007*.

<sup>8</sup> Vgl. J.H. Hubben en I. Christiaans, "Geen spectaculaire ontwikkeling van medische schadeclaims in Nederland: 1993/'01 in vergelijking met 1980/'90", *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, jrg. 148, 2004, pp. 1250-1255.

<sup>9</sup> Steven Shavell, "The social versus the private incentive to bring suit in a costly legal system", *Journal of Legal Studies*, vol. 11, 1982, pp. 333-339.

<sup>10</sup> Zie bijvoorbeeld de conclusies van in de noten 2 en 4 genoemde rapporten.

<sup>11</sup> Voor gedetailleerde referenties verwijs ik naar B.C.J. van Velthoven, "The empirics of tort", in Michael Faure (ed.), *Encyclopedia of Law and Economics: Tort Law and Economics*, Edward Elgar, Cheltenham/Northampton MA, te verschijnen.

<sup>12</sup> Vgl. het recent verschenen themanummer van de *Journal of Legal Studies*, vol. 36, 2007, nr. 2 part 2 en Y. Tony Yang et al., "A longitudinal analysis of the impact of liability pressure on the supply of obstetrician-gynecologists", *Journal of Empirical Legal Studies*, vol. 5, 2008, pp. 21-53.